

### ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

- \* Dr. José Manuel Guzmán Rodríguez
- \*\* Dr. Ramón Badía Dotel
- \*\* Dr. Ramón Leonardo Castillo Santana
- \*\*\* Dr. Alejandro A. Báez Leonardo
- T Dra. Digna López
- T Dra. Marianela Alba Alba
- T Dra. Margarita Cordero Frías.

La cantidad de sangre que pierde una paciente en el momento del parto, inexorablemente la llevará a una serie de complicaciones evitables, si asimismo evitamos las grandes pérdidas hemáticas que ocurren durante el último período del parto, esto nos indica que la responsabilidad del que realiza un parto no debe concluir con el alumbramiento. Con el propósito de disminuir en gran medida el sangrado post-parto, estimado elásticamente de 180—370 cc.<sup>1, 7, 8)</sup> y de hasta 500 cc. para otros, en los últimos años se ha venido haciendo uso de lo que llamamos ALUMBRAMIEN-

- \* Director Hospital San Lorenzo.
- \*\* Residentes 3er. Año Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.
- \*\*\* Residente 2do. Año Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.
- T Médicos Ayudantes, Hospital San Lorenzo

TO DIRIGIDO o Médico. El nivel socio-económico de nuestras pacientes las hace portadoras de valores de hemoglobina bajos lo que podría interpretarse como resultado directo de su estado de desnutrición y esta situación deficitaria hace que la pérdida de sangre que normalmente ocurre en este período del parto no pueda ser asimilada como fisiológica por las mismas.

### MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron al azar un grupo de 300 pacientes del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, las cuales cursaban con embarazos normales, esto es: Producto único, vivo, longitudinal, cefálico, con patrón de contractilidad uterina regular y en consecuencia que no habían recibido inductoconducción. Las mismas fueron divididas en 3 grupos de 100 para hacer estudios comparativos con distintos ocitocicos, los mismos son: Pitocín (ocitocina sintética) y Methergín (Ergonovina); por último se usó una mezcla o combinación de los dos productos citados anteriormente y se aplicó a un

tercer grupo. En cada caso se sometió la paciente a un interrogatorio encaminado a obtener datos tales como: Edad, FUM., FPP., Historia obstétrica, historia de sangrado con el embarazo, antecedentes morbidos, tensión arterial antes y después del parto, medicamentos usados, duración del trabajo de parto, tiempo o duración del alumbramiento y pérdida de sangre.

## RESULTADOS:

1.— 100 CASOS CON PITOCIN: La ocitocina, principal hormona de la hipófisis posterior se usa ampliamente en obstetricia, en nuestro caso la utilizamos para dirigir el alumbramiento y obtuvimos los resultados que detallamos a continuación: 56 casos se realizaron de 0—1 minuto, 40 casos de 3—5 minutos, 3 pacientes tuvieron su alumbramiento de 6—9 minutos y solo un caso se produjo de 10—12 minutos después de ser expulsado el producto.

Tomando como parámetro el factor paridad observamos que el tiempo de alumbramiento en grandes multíparas fue menor que en las primigestas y pacientes que gestaban hasta 5 y ésto así porque todos los casos de grandes multíparas se realizaron con una duración que osciló de 0—5 minutos. La cantidad de sangre perdida por las pacientes de estudio con este medicamento se determinó tomando 20 pacientes a las que no se le practicó episiotomía y se colectó la sangre en un recipiente calibrado y se observó que la misma en 12 casos fue de 11—20 cc., 5 casos de 0—10 cc, 2 pacientes sangraron unos 21—30 cc. y solo un caso sangró de 30—41 cc. No hubo variación significativa en relación con la tensión arterial y el pulso de la paciente. (Gráfico No.1).

2.— 100 CASOS CON METHERGIN: El uso de la Ergonovina o Methergin no está recomendado en las pacientes hipertensas o con propensión a la misma, sin embargo en pacientes normotensas tiene buen uso para prevenir el sangrado del post-parto y en el caso que nos ocupa, usada para

dirigir el alumbramiento, demostró que un mayor número de casos, específicamente 75 casos, presentaron alumbramiento en el período de 0—2 minutos, 33 pacientes tuvieron un alumbramiento de 3—5 minutos y un caso se prolongó hasta 10—12 minutos. (Gráfico No.2).

Se pudo comprobar que las pacientes grandes multíparas tuvieron un tiempo de alumbramiento más corto que las demás. La Tensión Arterial experimentó muy pocas variaciones ya que el 84 o/o de los casos permaneció sin alteración con relación a la tensión arterial pre-parto, en el 8 o/o hubo ligera elevación de la tensión arterial y el 8 o/o presentó disminución discreta de los niveles basales.

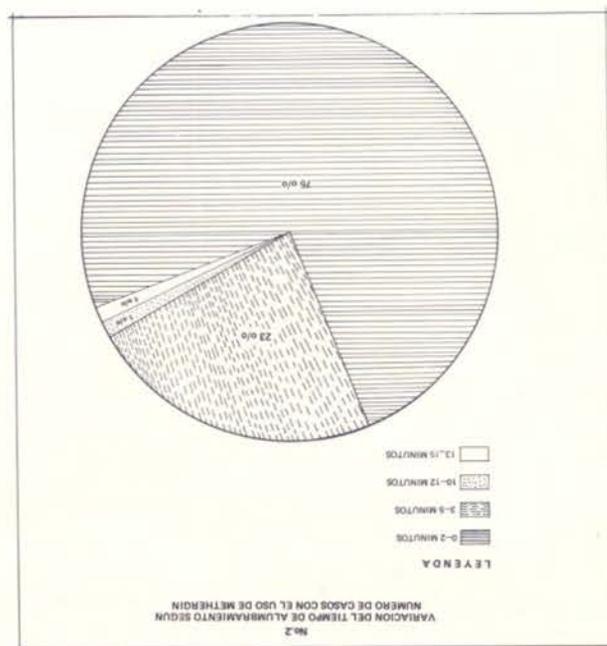
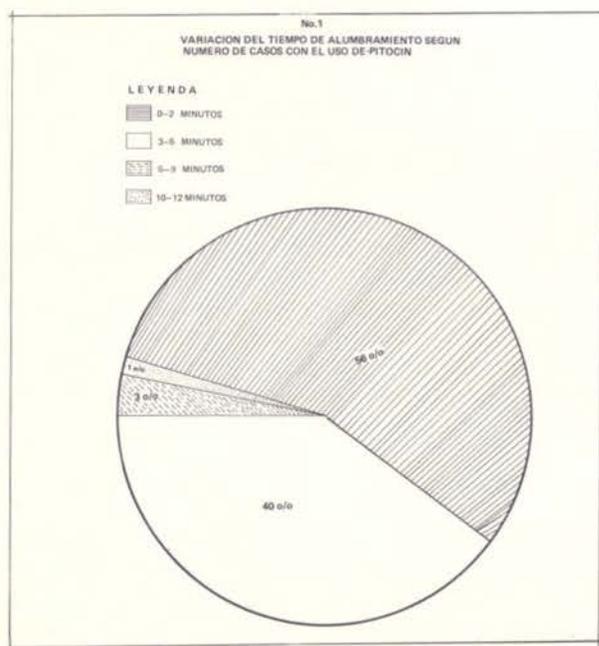
3.— 100 CASOS CON PITOCIN Y METHERGIN: Al utilizar una mezcla equitativa de los dos medicamentos ocitócicos se obtuvieron los resultados que a continuación detallamos: 73 pacientes presentaron alumbramiento de 0—2 minutos, 23 casos se reportaron de 3—5 minutos y solo 4 casos permanecieron de 6—20 minutos. Igual que con el uso por separado de los medicamentos en estudio, las grandes multíparas tuvieron menor duración para el alumbramiento; con relación a la tensión arterial podemos decir que aunque hubo algunos casos con ligeras alzas, la mayor parte de las pacientes permaneció con sus cifras estables.

## CONCLUSIONES:

1.— Después de revisar nuestro trabajo podemos asegurar que el procedimiento del alumbramiento dirigido es beneficioso.

2.— La efectividad del Methergin (Ergonovina) es mayor que la del Pitocin para el alumbramiento dirigido. En el 75 o/o de los casos el tiempo de alumbramiento fue de 0—2 minutos, mientras que al Pitocin le correspondió el 56 o/o y a la combinación de ambos productos el 73 o/o.

3.— En las pacientes grandes multíparas el alumbramiento



to se produjo con menor duración que las demás pacientes con los dos medicamentos.

4.— Con el uso de Pitocin el sangrado post-alumbra- miento osciló de 11—50 cc. Con Methergín varió de 0-50 cc. y con la mezcla o combinación de ambos productos el san- grado fue de 0—30 cc.

5.— No hubo variaciones de significación en la Tensión Arterial con el uso de Methergín y para el Pitocin no hubo cambios.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.— Amaro Germosén, Felipe José: Alumbramiento Dirigido. Te- sis de Grado, Santo Domingo, 1974. Páginas 5, 6, 18, 30.
- 2.— Beek Alfred C.: Prácticas de Obstetricia, Editorial La Prensa Médica, México, 1961. Páginas 201:203.
- 3.— Benzón Ralph C.: Manual de Gineco-Obstetricia, Editora El Manual Moderno, S. A., México, 1973. Páginas 51:54.
- 4.— Edward y Quilligán: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. In- teramericana Nueva Editora, México, 1973. Páginas 145:146.
- 5.— Gardner Ernest: Anatomía: Estudios por Regiones del Cuer- po Humano, Salvat, Editores, S. A., Barcelona, 1971, Páginas 593: 601.
- 6.— Goth Andrés: Farmacología Médica, Editorial Interamerica- na, S. A., México, 1971. Páginas 497:591.
- 7.— Green Hill J. P.: Principios y Prácticas de Obstetricia de Lee, Editorial Hispanoamericana, 1955, Páginas 951:953.
- 8.— Gayton Arthur C.: Tratado de Fisiología Médica, Nueva Edi- torial Interamericana, S. A., México, 1971. Páginas 1030:1033.
- 9.— Harper Harold A.: Química Fisiológica, Editorial El Manual Moderno, S. A., México, 1971, Páginas 541:542.
- 10.— Leeson Thomas S.: Histología, Editorial Interamericana, Mé- xico Co., 1970, Páginas 396:398.
- 11.— Mejerer Frederick H.: Farmacología Clínica, Editorial El Manual Moderno, S. A., México, 1977, Páginas 484:486.
- 12.— Merger Robert: Manual de Obstetricia, Editora Toray Mas- son, S. A., Barcelona, España, 1971, Páginas 145:147.
- 13.— Moragnes B., Jaime: Clínica Obstétrica, Editorial El Ateneo, Argentina, 1960, Páginas 457—459.
- 14.— Novak Edmundo R., Jones Georgeanas S. Dr. Jones Howrad Jr., Tratado de Ginecología, Editorial Interramericana, México, 1971. Páginas 12—13.
- 15.— Ostergard Donald: Manual de Gineco-Obstetricia, Editorial Pax, México, 1975. Pág. 114.
- 16.— Schwarz: Obstetricia, Editorial El Ateneo, Argentina, 1970. Páginas 179, 228:233.
- 17.— Uranga Imaz, Francisco A.: Obstetricia Práctica, Editorial Intermédica, Argentina, 1970. Página 143.
- 18.— Williams: Obstetricia, Salvat Editores, S. A., México, 1976. Páginas 20, 337: 344.